

Аверин В.И., Свирский А.А.,
Альхимович В.Н., Гриневич Ю.М.

ОСЛОЖНЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ.

/ Минск /

В детском хирургическом центре за 25 лет (1973-1997) находилось на лечении 257 больных, у которых выявлен дивертикул Меккеля, что составило 0,7% по отношению ко всем экстренным лапаротомиям за это время.

Дивертикул Меккеля послужил причиной лапаротомии у 133 пациентов. Во время оперативного вмешательства была выявлена следующая патология: острый дивертикулит у 61 (45,9%) больного, непроходимость кишечника у 42 (31,6%), кишечное кровотечение у 15 (11,3%), прободная язва у 6 (4,5%), грыжа Литтре у 1 (0,7%), сочетание дивертикулита с заворотом у 5 (3,8%), дивертикулита с внутрибрюшинным кровотечением у 2 (1,5%). У 8 детей (6,0%) наблюдалось сочетание деструктивного аппендицита и флегмонозно измененного дивертикула Меккеля.

Дивертикул Меккеля может вызывать различные виды кишечной непроходимости. Он может быть то ущемляющей петлей, то ущемленным органом, иногда заворачивается сам, а иногда - причина заворота. В 11 случаях была отмечена

инвагинация, а в 7 - кишечная непроходимость возникла в результате спаечного процесса вокруг дивертикула. Ничего типичного для дивертикула при этом не отмечали. Однако клинкорентгенологическая картина непроходимости кишечника у ранее неоперированных детей позволяла заподозрить дивертикул как причину непроходимости.

Больные с кишечным кровотечением имели характерную клинику. Кровотечения, как правило, были обильными и быстро приводили к выраженной анемии. Основным симптомом кровотечения из дивертикула являлось выделение крови темно-вишневого цвета из прямой кишки. Диагностика кровотечения строилась путем оценки клинических, объективных, эндоскопических и лабораторных данных. Кровотечения чаще наблюдались в возрасте до 3 лет. Эти данные и позволили во всех случаях поставить правильный диагноз.

Клиническая картина воспаления дивертикула, по нашим данным, практически совпадает с клиникой острого аппендицита. Дивертикул, как причина острого процесса в брюшной полости, не распознан нами при лапаротомии у 3 больных (1,2%). Поэтому при несоответствии клинической картины аппендицита изменениям в червеобразном отростке должна проводиться ревизия терминального отдела подвздошной кишки.